SORANUS D'EPHÈSE, ACCOUCHEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VERSION PODALIQUE

SORANUS D'ÉPHÈSE

ACCOUCHEUR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VERSION PODALIQUE

PAR

Le Dr F.-J. HERRGOTT

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy,
Membre correspondant de l'Académie de médecine
et de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'houneur.



Extrait des Annales de Gynécologie
Numéro d'avril 1882

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-EDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne. 2.

1882

SORANUS D'ÉPHÈSE

ACCOUCHEUR

Contribution à l'étude de la Version podalique

Soranus est de ceux qui doivent être réhabilités dans l'histoire de notre art.

(Guardia. Et. hist., *Gaz. méd. de Paris,* 1869, 605.)

Esquisse historique.

A mesure que l'archéologie et l'érudition pénètrent plus profondément dans la civilisation romaine dont quelques côtés avaient été enveloppés par les ténèbres du moyen âge; que des fouilles sous les cendres volcaniques, sous les débris des monuments, les recherches dans la poussière des bibliothèques met-

tent au jour des témoins de plus en plus nombreux de la vie intérieure des Romains du temps des premiers empereurs, on a la bonne fortune aussi de trouver dans le domaine de la médecine des documents qui prouvent que l'obstétricie, qu'on a appelée la branche cadette de l'art, avait été à cette époque brillante plus cultivée et plus avancée qu'on n'avait pu le croire.

Pendant longtemps un certain nombre de maîtres n'ont été connus que par l'écho de leur nom dans les chants des poètes, le récit des historiens, par l'influence que les contemporains leur attribuaient sur la marche de la science, ou par quelques fragments de leurs œuvres arrachés à l'oubli par les collectionneurs, abréviateurs ou auteurs de manuels, qui existaient déjà autrefois.

On comprend la satisfaction que l'on a dû avoir éprouvée quand furent retrouvés presque dans leur intégrité des écrits qu'on devait croire à jamais perdus, et qu'après des siècles de silence des voix magistrales ont pu se faire entendre de nouveau. L'obstétricie a eu la chance heureuse de voir dans une des œuvres de Soranus retrouvée par Dietz un tableau fidèle de son art au temps de Trajan. Si elle a pu se réjouir de l'éclat qu'il avait jeté à cette époque, elle a dû déplorer qu'il ait été si éphémère, que cette lumière n'ait pas illuminé les siècles suivants, n'ait rayonné qu'à une trop courte distance pour s'éteindre bientôt presque complètement. Ces documents anciens, nouveaux pour la science actuelle, lui imposent de modifier l'histoire de l'art qui avait été écrite sans eux ; ainsi diminue aussi le pénible contraste qu'on croyait exister entre les chefs-d'œuvre de l'esprit humain de cette époque, qui attestent une civilisation si élevée, et la pratique de l'art que l'on avait cru avoir été à cette époque si grossière et si barbare.

On savait que Soranus avait pratiqué les accouchements d'une manière plus douce que ses devanciers ou ses contemporains. Tertullien qui vivait au IIe siècle parle de sa pratique : « Mitiorem æstimat Soranum ; » mais du *Traité des maladies des femmes*, quelques fragments seulement avaient été conservés

malheureusement pas ceux qui tracent les règles de la pratique des accouchements.

La découverte par un savant de Kœnigsberg, F. R. Dietz, mort, hélas, à 31 ans, du *Traité des maladies des femmes* de Soranus, dans deux manuscrits (1), l'un à Paris, du xve siècle, l'autre en Italie du siècle suivant, et la publication qui fut faite en 1838 à Kœnigsberg de ces manuscrits par Chr.-Aug. Lobeck, peu après la mort de Dietz son ami, fut un événement considérable pour l'histoire de l'art. Il eut pour effet plusieurs travaux importants : une dissertation de Hæser, le savant historien de la médecine « *De Sorano Ephesio ejusque* περὶ γυναικείων παθῶν *libro nuper reperto programma* » (Jen., 1840, in-4°) dans lequel l'auteur établit par des passages empruntés à ce livre que Soranus d'Ephèse est l'auteur du livre περι γυναικειων παθῶν, et non un Soranus plus ancien comme on l'avait cru jusque-là, ce qui illumine la personnalité de Soranus, et dissipe la légende des quatre Soranus admise jusque-là. Une dissertation inaugurale fut publiée la même année à Breslau par un jeune israëlite polonais, Isid. Pinoff, très versé dans la littérature ancienne, et se livrant alors à l'étude de l'obstétricie. Il eut la pensée d'étudier l'obstétricie de Soranus dans le livre dont Dietz venait de faire la découverte. « *Nova et pæne inesperata lux nobis est orta, invento a divo Dietzio Sorani Ephesii opere* περὶ γυναικείων παθῶν, » dit-il dans sa préface. Extraire de ce livre et commenter brièvement ce qui a trait à l'obstétricie fut le sujet de sa dissertation (2) inaugurale soutenue à Breslau le 26 novembre 1840. Ce travail fut repris par l'auteur et étendu à tout le Traité de Soranus et publié dans le *Janus*, journal historique et littéraire de la médecine publié à Breslau sous la direction de Henschel (3). Les pas-

(1) *Codex Parisiensis*, 2153, chartaceus, forma 4°, inde à fol. 218, liber Sorani incipit. *Codex romanus*, Barberinus, 359, chartaceus, forma 8°, mendosus. Ed. pr., p. 1.

(2) Artis obstetriciæ Sorani Ephesii doctrina, etc. In-8°, 63 p.

(3) Die Geburtshülfe des Soranus Ephesios, I, 1846, p. 705. II, 1847, p. 16, 217, 732.

sages les plus importants du Traité de Soranus sont en partie traduits en allemand et enrichis de notes historiques. Nous en empruntons quelques-unes ayant trait aux quatre chapitres dont nous donnons la traduction complète ; nous regrettons de n'avoir, après de longues recherches, obtenu ces travaux que quand le nôtre était presque terminé.

Ces travaux sérieux, publiés dans un journal d'une haute importance, trop peu répandu, et qui n'a duré que trois ans, n'ont eu en France que peu de retentissement, n'y ont pas excité le désir d'étudier le Traité de Soranus, dont le texte grec avait été publié sans traduction. Il en aurait été ainsi peut-être pendant longtemps encore, si un savant hollandais, le Dr Ermerins n'avait, par une revision, une coordination du texte et une traduction latine, rendu plus facile l'étude de ces précieux documents. Ce savant helléniste était plus compétent que tout autre pour mener à bonne fin cette œuvre difficile, car déjà en 1847 il avait publié une édition d'Arétée remarquable après celle de Boërhave ; de 1859 à 1865, une édition des œuvres d'Hippocrate en trois volumes in-4°, en même temps que se poursuivait l'édition de Littré, qui, au dire des juges les plus compétents, ne lui enlève rien de son importance. Il faut donc se féliciter de la publication faite par lui d'une des œuvres les plus importantes de celui que Daniel Leclerc, dans son histoire de la médecine, appelle « le plus habile des médecins méthodiques » (1) et qui est certainement le plus grand et le plus habile accoucheur de l'antiquité. C'est là une double exhumation de la poussière des bibliothèques et du désordre des copistes, faite après dix-huit siècles d'ensevelissement.

En publiant le *Traité des maladies des femmes* (2), Ermerins dit n'avoir eu d'autre désir que de mettre de l'ordre dans ce livre, et de l'avoir rendu lisible pour le médecin. « Spero... ut « lectoribus Sorani librum eo modo in manus dem, saltem ut

(1) 2e part, liv. IV, sect. I., ch. IV, p. 452. (Ed. 1723).

(2) Trajecti ad Rhenum ap. Kemink et filium, 1869, in-8°, CXVII, 304, grec. lat.

« legi possit (1). » Le vœu trop modeste de l'éditeur est dépassé sans doute, mais il sera permis à l'obstétricien de regretter qu'une si vaste érudition n'ait pas été mise à profit pour un travail complémentaire, dans lequel eussent été éclaircies les nombreuses questions historiques que le texte soulève à chaque pas. Peut-être le savant aurait-il achevé son œuvre, en ajoutant une seconde lettre critique à la première publiée trois ans après le Traité (2), si le typhus exanthématique ne l'avait enlevé, le 29 mai de la même année, à la science et aux lettres qu'il servait d'une manière si utile et si distinguée.

Cette publication n'a point passé inaperçue en France, elle fut immédiatement annoncée et étudiée avec une haute compétence par M. le Dr Guardia dans la *Gazette médicale de Paris* (3). Nous n'oserions après notre savant confrère refaire un travail qui porte la solide empreinte de son savoir si sûr et si précis en matière de philologie grecque et de critique philosophique, qui laisse malheureusement intact le côté obstétrical de l'œuvre.

Un mot maintenant sur Soranus et sur son œuvre scientifique.

Soranus, fils de Ménandre et de Phébée né à Éphèse, fit ses études à l'école d'Alexandrie, vint à Rome, y pratiqua la médecine sous le règne des empereurs Trajan et Adrien (91-117); il appartient à la secte des méthodiques « methodus inveniendi morborum κοινότητας » dont il fut une des illustrations.

Grande est son œuvre, qui, d'après Ermerins, ne se composerait pas de moins de quatorze traités :

I. — *Livre des maladies aiguës et chroniques*, qui a été conservé en partie par Cælius Aurelianus, qui dit que son livre est de Soranus. « Cujus hæc sunt quæ latinizanda suscepimus (4). »

---

(1) In fine Præfat.

(2) Trajecti ad Rhen., 1872.

(3) Année 1869, p. 587, 603. Année 1870, p. 443.

(4) Ed. Amman. Amst., 1709, p. 75.

Jusqu'à ces derniers temps ce livre a été le seul ouvrage important complet de l'école méthodique. Sur le titre de cette édition, la meilleure suivant Choulant, on lit : « Cæl. Aurel. Libri... soli ex omnium methodicorum scriptorum superstites. »

II. — *Le livre des fièvres* mentionné par Cælius Aurelianus.

III. — *Le Traité d'hygiène* dont il est fait mention dans le *Traité des maladies des femmes*.

IV. —*Livres de chirurgie,* dont on ne connaît ni le titre exact, ni l'étendue, mais dont on pense qu'il reste quelques fragments.

V. — *Des maladies des femmes,* qui dans l'édition princeps de Dietz se compose de 126 chapitres, qu'Ermerins a cru devoir réduire à 66.

VI. — *Livres par demandes et par réponses*, abrégés des deux précédents, espèce de manuels ou de catéchismes, ce dernier à l'usage des sages-femmes, peut-être modèle du livre de Moschion. Cælius Aurelianus y renvoie dans le livre des maladies chroniques (1).

VII. — *Quatre livres sur les remèdes*, cités par C. Aurelianus, ce que de nos jours on appellerait « Traité de matière médicale ».

VIII. — *Livre sur la préparation des médicaments*, qu'on appellerait aujourd'hui « Traité de pharmacologie ».

IX. — *Deux livres sur les généralités ou les points communs* de la maladie, dont le deuxième est cité par Cælius Aurelianus dans le livre des maladies chroniques; espèce de traité de pathologie générale conformément à la doctrine des méthodiques, et probablement le premier qui ait été écrit.

X. — *Livre d'étiologie* mentionné par Cælius Aurelianus.

XI. — *Traité de la semence et de la génération* en un ou deux traités, auquel Soranus renvoie souvent.

XII. — *De l'âme*, en quatre livres, dont parle Tertullien. (De Anima, C. 6, 14, 25.)

XIII. — *Livre de nomenclature et d'étymologie*, qui serait bien précieux aujourd'hui.

---

(1) L. V, ch. IV, p. 571, de l'éd. citée.

XIV. — *Biographies médicales*, qui, au témoignage de Suidas, auraient été au nombre de dix.

Il y en a peut-être d'autres encore, mais ceux-ci démontrent que Soranus a écrit sur presque tous les sujets alors connus de l'art de guérir.

Il serait à la fois très utile et bien intéressant de posséder l'*histoire du méthodisme* qui doit servir d'introduction à la traduction de Cælius Aurelianus, qui depuis quelques années est annoncée par M. le Dr Guardia comme *étant en préparation* (1). Que de documents précieux qui dorment dans ses cartons et qui ne demanderaient peut-être que la dernière main pour paraître dignement à la suite de leurs aînés et éclairer une époque bien intéressante et peu connue.

.....pendent opera interrupta.....

Nous faisons des vœux pour l'achèvement de ce travail, qui illuminera une secte remarquable par ses tendances philosophiques et la direction de ses efforts.

Donner au public médical français la traduction du Traité des maladies des femmes de Soranus, avec les commentaires nécessaires à la complète intelligence du texte, serait une œuvre bien séduisante par l'utilité qu'elle pourrait avoir, mais nous ne saurions l'entreprendre ; plus modeste est notre but : Nous ne voulons que détacher de l'œuvre gynécologique de Soranus ce qui se rapporte directement à l'obstétricie, afin de montrer ce qu'était cette branche de notre art au premier siècle, et quels sont les droits de Soranus aux perfections de la version podalique. A cet effet nous n'avons retenu de l'édition d'Ermerins que nous avons suivie et à laquelle nous renvoyons toujours, que quatre chapitres (LXII, LXIII, LXIV, LXV), dans lesquels sont traités l'*étiologie*, le *diagnostic*, le *traitement de la dystocie*, l'*embryulcie* et l'*embryotomie*. Mais avant il faut préci-

(1) A la suite de la liste des publications de notre savant confrère, au verso de la 1re page de *la Médecine à travers les siècles*. Paris, chez J.-B. Baillière, 1865.

ser quelques points d'histoire, pour que certains détails importants n'échappent pas à l'attention du lecteur, principalement pour ce qui à trait à l'histoire de la version podalique, à laquelle ces documents nous paraissent devoir faire subir une modification importante.

Considérant comme seul normal, comme seul compatible avec la vie de l'enfant et celle de la mère, l'accouchement où l'enfant se présente par la tête, Hippocrate conseille de faire la version sur la tête chaque fois que l'enfant se présente autrement (1). Les moyens pour opérer ce changement et la manière d'extraire le fœtus sont exposés dans le même livre (2) et dans le traité de l'excision du fœtus (3).

Celse a été regardé par tout le monde comme l'auteur de la version sur les pieds, pour faire l'extraction de l'enfant mort (4). Des doutes ayant été exprimés par un accoucheur célèbre, le professeur Busch (5), sur la signification réelle de la manœuvre recommandée par Celse, doutes qui ont été accueillis par Isid. Pinoff (6), il nous paraît utile d'examiner de près cette question, et à cet effet de mettre le texte même de Celse sous les yeux du lecteur, afin de lui permettre d'apprécier la valeur de l'objection de l'accoucheur de Marburg.

Verum intus emortuo corpori manus injecta protinus habitum ejus sentit : nam in caput aut in pedes conversum est; aut transversum jacet, fere tamen sic, ut manus ejus vel pes in propinquo sit....	La main introduite reconnaît de suite la présentation de l'enfant mort : car elle a lieu par la tête ou par les pieds; ou elle est transversale, de telle manière que la main ou le pied se trouvent dans le voisinage.

(1) *Maladies des femmes*, liv. I, éd. Littré, VIII, 147.
(2) *Ibid.*, 143.
(3) *Ibid.*, 513.
(4) Lib. VII, c. 29.
(5) Gemeins. D. Zeitschr. f. Geburtskunde, III, 581 (1828).
(6) Thèse citée, p. 49. *Janus*, II, 232.

Medici vero propositum est ut eum manu dirigat, vel in caput, vel etiam in pedes, si forte aliter compositus est.	La tâche du médecin est de le diriger avec sa main sur la tête ou sur les pieds, si par hasard il se présente autrement.
Ac si nihil aliud est, manus vel pes apprehensus corpus rectius reddit : nam manus in caput, pes in pedes eum convertit.....	Et s'il n'y a pas d'autre (empêchement), il saisira la main ou le pied pour redresser le corps ; par la main il amène la tête, par le pied les pieds.
In pedes quoque conversus infans non difficulter extrahitur; quibus apprehensis per ipsas manus commode educitur.	L'enfant se présentant par les pieds est extrait sans difficulté ; ceux-ci sont saisis avec les mains, et l'extraction est aisée.

En lisant ces passages, on verra que l'objection de Busch n'est pas fondée, car bien qu'il soit dit que dans les présentations transversales la main ou un pied se trouvent dans le voisinage de l'orifice, le précepte de faire la version sur les pieds n'est pas subordonné à cette condition, mais celle-ci est indiquée comme favorable à son exécution. Le précepte de changer une présentation transversale en présentation podalique est motivé par la raison que « l'enfant se présentant par les pieds est extrait sans difficulté; » ce qui est une dérogation formelle et grave à la doctrine hippocratique. Busch nous paraît donc commettre une erreur quand il dit que « le précepte de saisir le pied ne se rapporte qu'au cas où il se trouve dans le voisinage, puisque la version sur la tête est aussi recommandée ». Toutefois cet éminent accoucheur apprécie finalement ainsi la doctrine de Celse : « Il faut bien reconnaître que dissiper l'appréhension inspirée par Hippocrate contre les présentations podaliques, et recommander de saisir un pied dans le voisinage de l'orifice pour amener les deux, constitue un progrès réel dont l'art est redevable à Celse. » Ces réflexions atténuent la rigueur du premier jugement que déplore Brandenburg-Schaeffer dans sa dissertation De Arte obstetricia Aul. C. Celsi (1): « Quod quidem

(1) Göttingue, 1837, p. 45.

« meritum Celso a nuperrimis atque imprimis a Buschio dene-
« gari quam maxime lugemus. »

Ici se placerait l'œuvre de Soranus, mais n'anticipons pas sur ce que nous aurons à dire de lui et de ceux qui ont été les échos de sa doctrine, échos de plus en plus affaiblis, et qui finissent même par se perdre presque complètement dans les obscurités du moyen âge, pour ne retentir de nouveau qu'après l'invention de l'imprimerie, si heureuse pour la rénovation des voix de l'antiquité et la diffusion de leurs doctrines.

Ce n'est qu'en 1550 qu'on trouve dans un écrit d'Ambroise Paré (1) le conseil formel « de faire la version sur les pieds des « enfans tant mors que vivans ». Et encore Paré ne revendique-t-il pas la priorité de ce précepte, qu'il donne comme suivi, notamment par les chirurgiens dont-il donne quelques noms.

Telle a été jusqu'à ce jour l'histoire de la version podalique, telle qu'elle a été donnée par tous les historiens de l'art : Sue, Osiander, Ed. de Siebold, Kilian, etc., etc.; un seul auteur contemporain, Schröder, la modifie en ces termes : « Sora-« nus (2) suivi par Moschion et Aëtius est le premier qui con-« seille la version podalique l'enfant étant vivant. » Nous aurons dans la suite de ce travail occasion de voir ce qu'il y a à la fois de vrai et d'inexact dans cette proposition.

Un mot maintenant sur ce que les bibliographes appellent les *Testimonia* d'un écrivain, c'est-à-dire sur les témoignages des auteurs antérieurs dont il invoque l'autorité ou discute la

---

(1) Voici le titre exact de cet écrit, dont un exemplaire se trouve à la Bibliothèque mazarine sous le nº 29,707, et dans lequel se trouve le chapitre consacré à la version. « Briève collection de l'administration anatomique, avec la manière de conioindre les os, et d'extraire les enfans tant mors que vivans du ventre de la mère, lorsque nature de soy ne peult venir à son effet, composé par Ambroise Paré, maistre Barbier chyrurgien à Paris.

«A Paris, en la boutique de Guillaume Cauellat, libraire iuré, à l'enseigne de la Poulle grasse devant le collège de Cambray, 1550, avec privilège du Roy. » (Ed. Malg. intr. CCCV, II, 628, 702.)

(2) *Manuel des accouchements*, trad. p. Charpentier, Paris, 1875, p. 304.

doctrine, et sur ceux qui après lui le citent, discutent à leur tour ses doctrines, les lui empruntent par fragments ou par abrégés, témoignages qui fixent la date de son existence, permettent d'apprécier l'influence qu'il a subie et celle qu'il a exercée, le retentissement de son nom et de ses doctrines.

Bornant notre étude à l'obstétricie de Soranus, nous n'avons à examiner que les auteurs qui avant et après lui se sont occupés de cet art.

Bien que Soranus ne prononce le nom d'Hippocrate qu'à propos des remèdes à employer après l'embryulcie et l'embryotomie, il lui emprunte en partie le procédé opératoire qu'il décrit. Il nous paraît évident que c'est par égard pour ce maître vénéré, qu'en blâmant la succussion il ne prononce pas son nom.

L'influence de Celse sur la pratique obstétricale est considérable; le chapitre XXIX du livre VII est admirable; on ne s'aventure pas en affirmant que sans ce chapitre Soranus n'eût pas écrit le sien, ou l'eût écrit autrement; comme les œuvres de Celse sont entre les mains de tout le monde, nous nous contentons de renvoyer le lecteur au chapitre XXIX du livre VII comme à une préparation nécessaire à ce qu'il lira plus bas, pour suivre l'évolution de la science au premier siècle. Mais comment se fait-il que le nom de Celse ne paraisse pas une seule fois dans tout le cours du Traité des maladies des femmes parmi les quarante et quelques noms cités par lui? Celse ayant vécu à Rome moins d'un siècle avant Soranus, nous ne pouvons nous expliquer ce silence.

Le seul livre sur les maladies des femmes et l'obstétricie que l'antiquité nous avait laissé est celui de Moschion (1), rédigé par demandes et par réponses, dont nous donnons les chapitres correspondants à ceux de Soranus.

Soranus parle dans son livre d'un Moschion, et Moschion à

(1) L'Ed. pr., Bâle, 1566, reproduite dans les collections de Wolff, de Bauhin et de Spach. Nouvelle édit. par Dewez, Vienne 1793, d'après de nouveaux manuscrits. C'est celle que nous avons suivie.

son tour dit : « A ces causes (de dystocie) Soranus en ajoute encore d'autres. » Ce texte prouve que le livre auquel renvoie Moschion est bien le Traité de Soranus que nous possédons ; il lui est douc antérieur ; on ne peut le considérer comme un abrégé du Traité de Soranus, comme celui que cet accoucheur avait fait lui-même à l'usage des sages-femmes : c'est un livre spécial, une œuvre personnelle, comme le dit l'auteur, dans l'avant-dernier chapitre de son livre, qui, jusqu'à la découverte du livre de Soranus, a été regardé comme le premier et le seul ouvrage de l'antiquité consacré à ce sujet qui nous ait été conservé.

Galien, si important pour la médecine, la physiologie et l'histoire de l'art, était attaché à la doctrine d'Hippocrate avec la passion d'un sectaire. Voulant faire prévaloir ses doctrines et lutter contre les sectes dissidentes, les méthodiques surtout, il semble ne pas connaître ceux qui, après le père de la médecine, ont rendu tant de services à l'obstétricie, tels que Celse, Soranus, Rufus et d'autres nombreux à cette époque, dont les écrits n'étaient pas encore perdus, puisque des auteurs postérieurs les mentionnent et leur empruntent des passages. Pratiquant à Rome exclusivement la médecine, il aura sans doute laissé à d'autres la pratique de la chirurgie dont l'obstétricie était une branche.

Malgré ce silence, que ces explications ne peuvent justifier, la pratique de Soranus était connue non seulement des médecins mais du public non médical, puisque, comme nous l'avons dit, Tertullien s'élève contre l'embryotomie barbare d'Hippocrate qui tue l'enfant dans le sein de la mère, et demande qu'on adopte la pratique plus humaine, plus douce de Soranus, que saint Augustin appelle *medicinæ auctor nobilissimus* (1). Mais on dirait que le médecin d'Ephèse n'a brillé, comme accoucheur, que semblable à un météore qui n'a laissé qu'un pâle reflet chez ses successeurs, et ceux-ci sont réduits actuellement au nombre de deux : Aëtius et Paul d'Egine, car Oribase

(1) Advers. Julianum, l. V, ch. LI.

n'a conservé dans ses compilations que quelques fragments empruntés au *Traité des maladies des femmes*, qui ne se rapportent pas directement à l'obstétricie, mais à l'anatomie des parties génitales de la femme.

Bien que ne formant qu'un ensemble de compilations, les livres d'Aëtius sont importants pour l'histoire de l'art et pour celle de l'obstétricie, dont les écrits sont si rares. Né à Amida, ville de la Mésopotamie au commencement du VIe siècle, il est le premier auteur chrétien qui ait écrit sur la médecine; il avait étudié à Alexandrie et pratiqué surtout à Byzance. Ses compilations ont conservé des fragments d'auteurs connus, plusieurs chapitres du Traité de Soranus dont nous nous occupons, mais ne se rapportant pas directement à l'obstétricie, et les opinions d'auteurs dont les écrits ont été perdus; ils donnent un tableau fidèle de la médecine au VIe siècle; ils contiennent 16 livres; le dernier est, en grande partie, consacré aux maladies des femmes; les chapitre XXII et XXIII se rapportent à l'obstétricie, nous en donnons la traduction; le chapitre XXIV à la délivrance, dont nous ne nous occupons pas. La traduction en latin en a été faite par Montanus et Cornarius, et a été publiée pour la première fois à Bâle, par le célèbre imprimeur Froben auquel la médecine doit tant d'importantes publications (in-folio 1533-35).

Paul d'Egine, le dernier écrivain grec dont les écrits sont parvenus jusqu'à nous, est né dans l'île d'Egine, étudia à Alexandrie et passa la majeure partie de sa vie en Egypte et dans l'Asie-Mineure, où il acquit une grande renommée comme accoucheur parmi les populations arabes, qui créèrent pour lui le nom d'*accoucheur* (en arabe alkawâbeli (1), nom qui n'existait dans aucune langue; il pratiqua vers la fin du VIIe siècle et laissa un abrégé de médecine (ἐπίτομη) en sept livres, qui est aussi une compilation plutôt qu'une œuvre originale.

Dans le troisième livre se trouve un chapitre (le 76e) consacré à la dystocie; dans le sixième livre consacré à la chirurgie, le

(1) Trad. de R. Briau. Intr. p. 28.

chapitre LXXIV traite de l'embryulcie et de l'embryotomie. On doit à M. R. Brian la traduction du sixième livre (1).

A l'occasion des écrits d'Aëtius, de Siebold, l'éloquent historien de l'obstétricie (2), fait les réflexions suivantes qui peuvent s'appliquer aux écrits de Paul d'Egine.

« La décadence, commencée depuis longtemps, est démontrée par le besoin des collections, comme Aëtius nous les donne; car elles prouvent qu'on ne cherchait plus qu'à conserver ce qu'on avait acquis; que l'esprit humain se cramponnait anxieusement au passé, puisqu'il se sentait impuissant à faire des recherches nouvelles, à fonder des doctrines meilleures; semblable au naufragé qui s'accroche avec confiance comme à un moyen de salut, à une vieille épave, qu'en d'autres temps il aurait regardée avec dédain. »

Ce qui montre mieux encore la décadence si poétiquement représentée, c'est la comparaison directe des doctrines mises en regard les unes avec les autres, dans les chapitres analogues de ces auteurs, qui, sauf un fragment de Paul d'Egine, n'ont jamais été traduits en français.

(1) Paris, chez Masson, 1865, in-8, gr. et fr.

(2) Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Berlin, 1839-44, I, § 86, p. 213.

TEXTES COMPARÉS

DE

SORANUS

MOSCHION, AETIUS ET PAUL D'ÉGINE.

SORANUS.

LXII. — *Des causes de dystocie.*

265 (1) Diocles Carystius, dans le deuxième livre des maladies des femmes, dit que les primipares et les femmes très jeunes accouchent difficilement; que celles qui ont accouché souvent ont des couches faciles ; que les causes de l'accouchement difficile proviennent de la situation non droite de l'orifice utérin, de son induration, de sa résistance à la dilatation ; il ajoute que la grosseur de l'enfant peut aussi être une cause de difficulté. Dans le troisième livre, il dit que la faiblesse et la mort de l'en-
266 fant peuvent aussi être cause de difficultés; il ajoute que l'accouchement est aussi difficile chez les femmes humides et chaudes. Il a tort de ne pas s'expliquer sur les causes de ces difficultés. Comment n'est-il pas ridicule d'affirmer qu'une difficulté dans l'accouchement puisse provenir de la substance de l'utérus gravide?

Cléophantes, dans le onzième livre de son Traité des maladies des femmes, après avoir dit que les primipares accouchent difficilement, ajoute que celles qui sont larges des épaules, qui ont le bassin plus solide, accouchent aussi difficilement; que chez celles-ci la poche ne se rompt pas avant que les douleurs n'aient envahi le corps, qu'il en résulte une difficulté dans l'accouchement; il appelle cela hydropisie, nous προρηγμα (rupture); quand le fœtus ne se présente pas par la tête, mais par les pieds; quand il se présente par les fesses plié en double, en travers, la tête dirigée vers les aines ; quand il se présente par une main ou un pied, quand sa poitrine;... quand sa vie est menacée, ou qu'il est peu vivace; que le repos est une cause d'accouchement difficile, que l'exercice favorise l'accouchement et la bonne nutrition du fœtus.

(1) Les chiffres en marge indiquent les pages de l'édition d'Ermerins.

MOSCHION.

(Ed. Dewez, Vienne, 1793.)

CH. 143. — *De l'accouchement difficile et laborieux.*

Nombreuses sont les causes qui rendent l'accouchement laborieux et difficile. Les unes proviennent de la parturiente, les autres du fœtus. Quelques-uns ont établi une troisième espèce de causes qui proviennent des choses extérieures; une quatrième dite mixte qui comprend celles qui sont produites par l'ensemble des causes ci-dessus indiquées.

CH. 144. — *Quelles sont les causes qui dépendent de la parturiente?*

Si celle-ci s'est mise en colère, si elle est craintive, timide ou primipare. Si elle est trop grêle, trop grasse, trop charnue, si elle est infirme. La difficulté peut provenir particulièrement des parties génitales, de l'inflammation de la matrice, de tumeurs qui peuvent causer un obstacle; si au moment du travail il se produit une hémorrhagie ou une congestion, si un calcul se trouve dans la vessie, des scybales dans le rectum. Toutes ces causes rendent difficile la naissance de l'enfant.

CH. 145. — *Comment la difficulté d'accoucher peut-elle provenir de l'enfant?*

Sans doute quand la tête de l'enfant est très grande, son corps trop volumineux pour la capacité de la matrice. Si

AETIUS

Liv. XVI, ch. 22. Ed. Froben, 1535, III, 125.

Des diverses causes de l'accouchement difficile. D'après Aspasie (1).

Les causes de l'accouchement difficile peuvent être variées. La parturiente peut être faible d'esprit ou de corps, ou faible des deux; avoir la vulve petite, l'ouverture étroite; d'autres peuvent en raison de leur âge être de petite taille et avoir la matrice correspondante aux parties du corps. La difficulté peut provenir de l'obliquité du col de la matrice, de carnosités dans le col ou dans le voisinage de l'orifice, d'inflammations, d'abcès ou d'indurations; de la résistance des membranes qui s'oppose à ce que le fœtus puisse les rompre, de l'écoulement prématuré des eaux, d'un calcul vésical qui comprime le col utérin, du trop grand embonpoint de la femme. Les os pubis trop solidement serrés peuvent rendre l'accouchement difficile en ne leur permettant pas de se relâcher pendant l'accouchement. Chez les femmes les os pubis ne sont pas joints par un contact mutuel comme chez les hommes, mais ils sont unis par de solides ligaments. La difficulté peut provenir de l'excavation des lombes (lordose qui compriment

(1) Le chap. 18 est attribué à Aspasie; les chap. 19, 20, 21 et 22 ne portent pas d'indication de nom d'auteur. Le ch. 23 est attribué à Philumenos, ce qui fait penser que de 18 à 22 ils sont empruntés à Aspasie.

PAULI ÆGINETÆ

Libri VII. Per Janum Cornarium latina lingua conscripti. Basil., per Joh. Hervagios, 1556.) Lib. III, ch. 76, p. 141.

De l'accouchement difficile.

La difficulté de l'accouchement peut dépendre de la parturiente, du fœtus, des secondines, ou des choses extérieures.

La parturiente peut être trop forte ou trop obèse, avoir la matrice trop petite en totalité, n'avoir pas de contractions, être gonflée, être affectée d'inflammation de la matrice ou d'une autre partie du corps, être malade autrement, être naturellement faible, n'avoir pas la possibilité de faire des efforts; elle peut accoucher prématurément.

Le fœtus peut être trop grand, trop petit ou trop léger; avoir une tête grosse, être monstrueux, avoir deux têtes; il peut être mort, ou s'il est vivant, être faible à ne pouvoir sortir; il peut y avoir plusieurs enfants; Hérophile en a vu naître cinq; l'enfant peut être en présentation contre nature. La première présentation naturelle est celle par la tête, les mains étendues le long des cuisses, la tête non inclinée en sortant de la matrice; la seconde est celle par les pieds, non inclinés en dehors. En dehors de celles-ci toutes sont contre nature.

Les secondines peuvent ne pas se rompre à cause de leur épaisseur, ou se rompre trop tôt à cause de leur ténuité; le liquide étant ainsi évacué, le fœtus avance lentement à

267 Il a tort de ne pas décrire toutes les causes de dystocie. Dans son ouvrage sur les accouchements, Hérophile dit que les accouchements difficiles sont fréquents. Simon Magnetus a observé que sur cinq femmes trois accouchent difficilement; que l'accouchement devient difficile quand le fœtus se présente transversalement, quand le col de la matrice et son orifice ne se dilatent pas suffisamment, quand la membrane qui entoure l'enfant, dans laquelle le liquide est contenu, est trop épaisse ou ne se rompt pas avant l'accouchement. Il raconte qu'on a vu des enfants qui sont nés avant que les membranes n'aient été rompues, mais qu'ils sont sortis difficilement; que l'accouchement peut devenir difficile parce que l'utérus ou son orifice sont faibles Mais il ne peut pas se faire que l'utérus soit affaibli au col; des choses extérieures : accidents, actes, un abondant écoulement d'humeurs sanguinolentes, peuvent rendre l'accouchement difficile; la distension de l'utérus par le fœtus peut rendre l'accouchement lent; le froid, la chaleur, une tumeur ou des abcès dans les intestins ou dans l'hypogastre, l'excavation des lombes ou de l'épine dorsale peuvent être
268 cause d'un accouchement difficile, ainsi que l'embonpoint dans l'abdomen ou dans le bassin, par les pressions qui sont exercées sur la matrice, enfin la mort du fœtus; telles sont les causes énumérées par Hérophile. Andreas, dans le livre adressé à Sobius, qui n'est qu'une lettre, s'accorde avec ce que dit Hérophile; il ajoute à ces causes l'état de résolution et de faiblesse des fœtus, car ceux-ci n'exerçant aucune pression, rendent l'accouchement plus difficile. Herophilus Demetrius combat ces idées. Les causes de l'accouchement difficile, dit-il, se trouvent tantôt chez la parturiente, tantôt chez le fœtus, tantôt dans les parties qu'il doit traverser pour naître. Du côté de la mère, l'accouchement peut devenir difficile par une cause psychique, vitale ou corporelle. La cause psychique peut provenir de la tristesse, de la joie, de la crainte, de la terreur, d'une faiblesse ou d'un manque d'énergie trop considérables. Quelques femmes, amollies par le plaisir, ne font pas d'efforts; l'accouchement ne

MOSCHION.

l'enfant est hydropique, bossu, malade, gonflé ou mort, ou si la présentation n'est pas naturelle.

CH. 146. — *Comment et de combien de manières se présentent les enfants à leur naissance ?*

Il y a quatre espèces de présentations : par la tête, par les pieds, par le flanc, ou en double ; il y en a de chacune plusieurs variétés. Le fœtus qui se présente par la tête peut être arrêté à l'orifice de l'utérus quand le reste du corps a une autre direction (est tourné ἐστραμμένον). Celui qui se présente ainsi peut appuyer sur l'orifice avec violence, ou s'y appuyer à peine. Il peut avoir une situation oblique qui ne peut être corrigée. Quelquefois une main sort, tandis que la partie du corps qui est dans la matrice a les pieds joints ou écartés. Un autre mode de présentation est celui où les pieds étant dans une direction normale, les mains sont sur les côtés, ou jointes, retroussées en haut, ou les jambes déviées de l'orifice sont repoussées en arrière, ce qui quelquefois retarde la sortie de l'enfant, quelquefois ne la retarde pas. Quelquefois un pied, quelquefois les deux, quelquefois les deux mains sont tournées vers la tête. Quelquefois les pieds écartés l'un de l'autre appuient sur les parties opposées de la matrice. Quelquefois, les jambes étant pliées, l'enfant est forcé de sortir par les genoux. Quelquefois l'enfant se présente par les fesses, comme assis

AËTIUS.

l'utérus. Les matières fécales retenues dans l'intestin ou l'urine retenue dans la vessie peuvent aussi causer un obstacle. Quelques-unes, affaiblies par un âge avancé accouchent difficilement, d'autres accouchant pour la première fois, sont paralysées par la peur, ou ne savent s'aider faute d'expérience. Le fœtus peut être trop gros de tout le corps ou de l'une de ses parties ; souvent c'est la tête, la poitrine ou le ventre qui ont pris un trop grand développement ; il peut y avoir des jumeaux qui veulent sortir ensemble et qui appuient sur le col. Le fœtus peut être mort et ne prêter aucune aide à la parturiente; il peut s'être tuméfié après sa mort et être en présentation contre nature. La présentation normale est celle où il sort par la tête, les mains appliquées, étendues sur les cuisses. Une présentation contre nature est celle où la tête appuie sur le côté droit ou sur le côté gauche de l'utérus, quand il y a procidence d'une main ou des deux ; quand les cuisses sont écartées l'une de l'autre. Une présentation moins fâcheuse est celle des pieds, surtout si les mains sont étendues le long des cuisses. Les enfants qui se présentent par un pied, l'autre étant retenu, ceux qui s'appuient sur un des points de la vulve ont une mauvaise direction, ainsi que ceux qui ont les mains relevées. Ceux qui se présentent obliquement ont une situation moins défavorable; ceux-ci peuvent venir de trois manières différentes,

PAUL D'ÉGINE.

cause de la sécheresse des parties.

Les choses externes sont : le froid qui resserre (les tissus), la chaleur trop grande qui amollit les forces; ou un autre événement qui arrive fortuitement.

peut se faire puisqu'elles ne soutiennent pas et n'aident pas la contraction.

269 De même, quand il existe un manque d'énergie de la volonté, les contractions deviennent moins intenses, comme chez les femmes frappées d'apoplexie ou tombées en léthargie comme chez celles qui croient ne pas être enceintes. Les causes vitales sont la crudité, un appétit dépravé, la débilité générale, la difficulté de respirer et la suffocation utérine. Les causes corporelles sont un embonpoint trop considérable qui cause une atonie des organes, un passage trop charnu qui reste étroit; une difficulté provient d'une trop grande abondance d'humeurs qui affaiblissent le corps et rendent les passages étroits. Les humeurs âcres et inertes n'excitent pas le corps, et les humeurs épaisses causent aussi des difficultés.

270 Les unes stimulent trop les efforts (πνευμα), les autres trop peu. Les femmes d'une taille élevée accouchent difficilement; celles qui sont larges en haut sont étroites en bas, ce n'est pas la forme normale du corps. Un état maladif de la substance de l'utérus peut aussi rendre l'accouchement difficile : inflammation, suppuration, excitation, paralysie et torpeur. Ces causes ont été appelées causes corporelles, puisque c'est le corps (de la femme) qui les produit. Les causes qui dépendent du fœtus sont : le volume exagéré de tout ou d'une partie du corps, une tête trop grosse, la tuméfaction de la poitrine ou de l'abdomen. Les enfants bien conformés peuvent être trop gros, les enfants peuvent aussi être mal conformés. Le nombre des enfants renfermés dans le sein de la mère peut aussi causer un accouchement difficile; ils peuvent être deux et même trois; deux peuvent se présenter à la fois et s'engager ensemble dans l'orifice utérin. L'enfant peut être mort et ne pas aider au travail (1).

271 Après sa mort, il peut s'être gonflé. L'enfant peut aussi être dans une présentation contre nature (2). La présentation nor-

(1) Cette erreur n'a été dissipée que par A. Petit. Voy. *Traité des maladies des femmes enceintes*, etc. Paris, an VII, t. I, p. 276.

(2) Παρα φυσιν εσχηματισθαι. Comme ce verbe se présentera souvent dans le

MOSCHION.

et plié on double. Quelquefois il vient on double d'une autre manière : les pieds se présentant avec la tête à l'orifice de la matrice ; d'autres fois le fœtus est situé obliquement, il appuie sur un des côté de la matrice ; quelquefois il est couché sur le dos ou sur les dents (prés. de la face?); c'est ainsi qu'il peut être en double et en danger.

CH. 147. — *Des présentations ci-dessus, quelles sont celles qui sont désirables, qui sont naturelles?*

Celles où il se présente par la tête, où la tête se trouve de suite dans l'orifice, où les mains sont appliquées sur les parties latérales (du tronc).

CH. 148. — *Quelles sont les présentations qui se rapprochent le plus des présentations normales?*

Celle où le fœtus se présentant par les pieds, les mains sont appliquées sur les côtés. La sage-femme ne devra pas se presser de l'extraire (1) ; mais quand il aura commencé à progresser, elle introduira sa main pour attirer les (mains de l'enfant), pour les amener afin que les bras ne se relèvent pas et n'adhèrent pas dans la matrice. Mais à ces présentations celle par la tête est préférable.

(1) Précieux conseil.

AËTIUS.

inclinés sur un des flancs ou sur le ventre. L'inclinaison sur un des côtés est plus favorable, car l'accoucheur a plus de place pour sa main pour le tourner sur la tête ou sur les pieds. Ceux qui sont pliés en double sont en la plus mauvaise présentation, surtout s'ils sont pliés dans les lombes. Ils peuvent être en double de trois manières : la tête et les jambes peuvent appuyer ensemble sur l'orifice ; ou bien c'est le ventre ou les lombes. S'il s'appuie par le ventre c'est plus facile, la paroi est ouverte, les viscères sont enlevés ; le corps s'affaisse et le changement de la direction du corps est plus facile (à opérer).

Les causes extérieures qui peuvent rendre l'accouchement difficile sont : la saison froide de l'hiver qui resserre les orifices, ou la trop grande chaleur qui relâche (les tissus).

PAUL D'ÉGINE.

male est celle par la tête, les mains étendues le long des cuisses et l'enfant sortant directement. Une présentation anormale est celle où la tête est inclinée vers le côté droit ou le côté gauche de l'utérus et s'y appuie, quand une main ou les deux sont prolabées et que les cuisses sont écartées l'une de l'autre. De ces présentations la moins défavorable est celle par les pieds, surtout si l'enfant s'avance directement les mains étendues le long des cuisses. Si une des extrémités inférieures est sortie quand l'autre est encore dans la matrice, ou si le fœtus est en double et appuie contre un point de la matrice, il faut le remettre en une direction droite et faire de même si les deux mains sont relevées en haut. Des deux autres présentations, la préférable est la transversale qui peut se faire de trois manières : par le côté droit, le côté gauche, ou le ventre ; la meilleure est celle où le fœtus se présente par un des flancs, car elle donne à la main de l'accoucheur le plus de place pour faire la version sur la tête ou sur les pieds.

272 Ceux qui se présentent en double ont une très mauvaise présentation ; la plus mauvaise est celle où ils se présentent par les fesses. Les enfants pliés en double peuvent se présenter de trois manières : par la tête et les jambes, l'hypogastre, les fesses. Quand l'abdomen de l'enfant est près de l'orifice, cela est avantageux car quand il est incisé et les intestins retirés, le corps

---

texte, il nous paraît nécessaire de dire pourquoi, dans la traduction, nous avons préféré le mot de *présentation* à celui de *position*. Dans une note que nous avons demandée à notre savant confrère et ami, M. le Dr Guardia, nous trouvons ce qui suit : Le thème σχηματ signifie proprement : manière d'être, de se tenir, figure, position, attitude ; il a donné le thème nominal σχηματισμος et le thème verbal σχηματιζω Or, l'auteur nous paraît avoir voulu exprimer non l'attitude absolue, mais celle par rapport à l'ouverture pelvienne, c'est-à-dire le mode de *présentation* qui commande le mode suivant lequel l'enfant traversera les voies génitales ; dans la pensée de l'auteur, il ne peut avoir été question de ce qu'aujourd'hui on appelle *position*, qui exprime le rapport plus précis qui existe entre un point déterminé d'une région fœtale et le cercle pelvien : présentation crânienne en position occipito-iliaque gauche ; l'un genre, l'autre espèce.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.
CH. 149. — *Quelles sont les causes extérieures de l'accouchement difficile ?* Souvent c'est un froid intense, une chaleur trop grande, ou une profonde misère. CH. 150. — *Comment le chorion peut-il empêcher l'accouchement ?* Par la lenteur avec laquelle il se détache du fond de l'utérus, par les adhérences qui rendent son expulsion difficile; son peu de résistance qui lui permet de se rompre avant son temps et de laisser écouler le liquide qu'il renferme, qui était préparé pour lubrifier les parties pendant le passage de l'enfant. CH. 151. — *Quelles sont les causes autres que celles décrites (ci-dessus) qui peuvent empêcher l'accouchement ?* La faiblesse de l'enfant qui l'empêche de coopérer aux efforts de la parturiente; la mort de l'enfant, la petitesse de sa tête qui ne lui permet pas de dilater l'orifice, ni à la sage-femme de la saisir facilement. Telles sont les causes de l'accouchement difficile que moi, Moschion et d'autres avons fixées; mais Soranus en a ajouté d'autres; il a dit que l'accouchement pouvait être empêché par le resserrement et la sécheresse des parties, par... par l'abondance des humeurs par la faiblesse causée par une perte de sang de la parturiente; il a parlé de		

s'affaisse et la version se fait facilement. Une monstruosité peut aussi être cause de difficultés, ainsi que la dénudation des os qui peuvent blesser l'utérus; la dénudation des os peut être le résultat de la putréfaction, qui arrive rarement. Mais souvent l'opérateur peut dans le moment de l'extraction dénuder par maladresse les os qui blessent la matrice. Les voies que l'enfant doit traverser peuvent causer des difficultés par l'étroitesse de l'orifice ou du col (1). Les femmes qui en raison de leur âge n'ont pas encore atteint leur complet développement peuvent avoir la matrice petite comme le reste de leur corps.

273 Plusieurs causes peuvent faire que l'utérus ait l'orifice étroit, le col petit; elles peuvent avoir conçu et accoucher avant que l'utérus n'ait acquis son volume complet, sa cavité, l'ampleur normale. Cela peut être le résultat d'une disposition ou d'une constitution particulière. Quelques-unes ont naturellement la matrice petite, comme d'autres femmes ont petites certaines autres parties du corps. L'accouchement peut être rendu difficile par l'obliquité du col, une excroissance de chair sur cette partie ; l'orifice peut avoir été altéré par l'inflammation, des suppurations ou des indurations. Les membranes trop résistantes peuvent ne pas se laisser rompre par le fœtus, ou elles peuvent se déchirer trop tôt, laisser écouler le liquide qu'elles renferment, et qui est destiné à lubrifier les voies pour rendre plus facile le passage du fœtus. Une autre cause de dystocie peut résulter d'une conception tardive après un long veuvage, une faiblesse causée par un âge avancé.

274 D'autres accouchant pour la première fois, n'ayant aucune expérience de la douleur, ne savent y faire coopérer leur corps. Tout cela sont des causes de dystocie. Les matières fécales et les urines accumulées peuvent devenir cause de gêne, un calcul vésical peut exercer une compression sur la matrice et retarder l'accouchement. Les membranes peuvent être difficiles à

(1) Le col est le canal vaginal. Voy. *Descript. des org. génitaux*. Sor., cap. III, reproduite par Oribase, t. III, 369., éd. Bussemaker et Daremberg, et Moschion, ch. VI, etc.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'EGINE.
l occlusion de l'orifice par des thrombus sanguins, des imperforations, des écoulements, des hémorrhagies et autres (accidents) semblables, par la mort du fœtus, sa situation oblique ou contre nature, par la procidence des mains ou des pieds, le nombre (trop considérable) des enfants, quatre ou cinq.		

déchirer, ne pas contenir assez de liquide pour lubrifier les parties. Les os du pubis peuvent être soudés entre eux et ne pas se disjoindre pendant l'accouchement, car chez les femmes les os pubis ne sont pas unis par emboitement αρμονιαν comme chez les hommes, mais simplement par un ligament solide (1). Les lombes peuvent être trop creusées, d'où il résulte que l'utérus peut s'incliner d'un côté ou de l'autre. Il y a encore des causes internes et des causes externes de dystocie. La parturiente peut être trop charnue, trop grasse. Comme choses externes nous mentionnerons l'exercice que la femme trop faible n'aura pas pris, l'ivrognerie, les veilles habituellement prolongées. Le froid de l'hiver peut avoir été excessif et avoir rendu les voies plus denses. La chaleur peut avoir été trop forte et énervante.

Il faut ajouter à toutes ces causes d'accouchement difficile l'impéritie de la sage-femme ou du médecin. Enfin il peut arriver qu'en raison des douleurs de l'accouchement ou du développement de la matrice, les membranes ayant été distendues se rompent, ou bien qu'elles compriment une partie de la matrice. Que le sang ne passe plus de l'utérus aux membranes, mais reste dans ses veines et ses artères qu'il distend. Il peut aussi, comme nous l'avons dit, survenir une douleur autre qui rend l'accouchement difficile, cette douleur est quelquefois accom-

(1) Celse avait indiqué une autre différence entre le bassin de l'homme et celui de la femme, différence réelle et non supposée, qui paraît avoir passé inaperçue, alors cependant qu'elle eût dû faire naître de sérieuses réflexions et exciter de fructueuses recherches. Elle se trouve dans le premier chapitre du livre VIII, consacré à la description des os du squelette. En parlant des os coxaux il dit : « A quibus oritur os quod pectinem vocant... rectius in viris, re« curvatum magis in exteriora in feminis, ne partum prohibeant. »

C'est au grand anatomiste de la Renaissance, à André Vesale (1514-1564, son *Anatomie* en 1543), qu'appartient le mérite d'avoir montré que les os du bassin sont unis entre eux chez l'homme de la même manière que chez la femme, mais que le bassin de celle-ci diffère de celui de l'homme par la proportion de ses cavités qui permettent le passage de l'enfant à terme. L'erreur anatomique des anciens fit négliger pendant des siècles l'étude du bassin considéré comme cause de dystocie.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

pagnée d'efforts, μετὰ πνεύματος, quelquefois elle excite des efforts dans la douleur pour la parturition. Lorsqu'il (Hérophile) exposa les causes de dystocie, il ne se trouva personne pour lui faire des objections ou pour le contredire, mais on a confirmé ses opinions et on a invoqué son témoignage comme ayant dit vrai ; nous avons cependant le droit de faire sur ce point un reproche à ses disciples, puisque dans notre *Traité des maladies* nous avons dit que les causes dynamiques étaient hypothétiques ; du reste, ils ne sont pas d'accord là-dessus entre-eux.

LXIII. — *Diagnostic des causes de dystocie.*

276 Des causes de dystocie dont il a été parlé, les unes sont reconnues par elles-mêmes, les autres non. La tristesse immodérée et les autres causes psychiques sont découvertes par l'interrogation ; loin de favoriser l'accouchement, elles le rendent plus lent ou le retardent. Le sommeil ou la léthargie se reconnaissent facilement ; au reste les signes de ces maladies ont été exposés en leur place dans le livre des maladies aiguës.

La grosseur exagérée du fœtus qui peut rendre difficile l'accouchement se reconnaît au volume du ventre. Quand l'enfant sort et que le ventre ne s'affaisse pas proportionnellement, on peut présumer qu'il y en a plusieurs. C'est par le toucher (l'introduction des doigts) (δακτυλων) qu'on reconnaît une présentation transversale, la procidence des mains ou une autre présen-
277 tation contre nature. Si l'enfant est vivant, il ressent les douleurs de l'accouchement et y coopère par ses efforts... on le trouve chaud... l'anus... (fermé?) et on lui voit une bonne couleur. S'il est mort, la femme ressent des douleurs moins vives, son hypogastre devient froid, le doigt explorateur ne sent le fœtus ni chaud ni résistant. Si une partie fœtale sort, elle est noire, de couleur cadavéreuse. On reconnaît les contractions de la matrice par le tact ; nous renvoyons aux signes que nous avons donnés des maladies de cet organe. Si la femme est malade pendant le travail, nous reconnaissons le danger de sa si-

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

tuation par le pouls, et la respiration ; si elle est mourante par l'absence du pouls et les signes (précurseurs) de la mort.

LXIV. — *Traitement de la dystocie.*

Appelé pour un accouchement difficile, le médecin devra interroger la sage-femme sur la nature des résistances, de la
278 constriction des parties que le fœtus doit traverser, afin de savoir si elles sont causées par le froid ou la chaleur, la dureté du corps, l'excavation des lombes, une conception prématurée, la petitesse de l'utérus, une abondance de la graisse, une tumeur exerçant une compression, la tristesse ou la crainte de la parturiente, une obliquité du col, une inflammation ou une sécheresse de cette partie, ou toute autre cause...

Il devra diminuer d'abord la sensibilité, pour obtenir le relâchement, et ne pas mettre de suite la main à une œuvre chirurgicale, ni permettre à la sage-femme de tirailler longtemps la matrice. Si la difficulté provient de l'excavation des lombes, il faudra placer la parturiente sur les genoux pour que l'utérus se dirigeant vers l'hypogastre prenne une position meilleure; on mettra dans la même position les femmes grasses et charnues. Si l'orifice de l'utérus reste fermé, il faut le ramollir et le relâcher moyennant des corps gras, faire des injections continues avec de l'huile douce chaude, avec une décoction de fœnu grec, de mauves ou de graine de lin, ou aussi avec du blanc d'œuf.
279 On obtient ainsi le relâchement des résistances; le fœtus qui n'avance que difficilement est humecté et lubrifié. On appliquera aussi sur le pubis, l'hypogastre et les lombes des cataplasmes de graine de lin ou de fœnu grec avec de l'huile et de l'eau; on fera asseoir la parturiente sur des corps gras, on fera des fomentations maintenues par des éponges, pour que le corps gras reste et ne soit pas essuyé par les linges. A celles qui sont déjà dans les maux on appliquera une vessie remplie d'huile chaude ou un petit sac contenant (une pâte de) cataplasme chaud fait avec de la farine. Si cela n'aide pas, on met-

MOSCHION.

Ch. 152. — *Quel traitement faut-il employer, pendant le travail, chez celles qui accouchent lentement ou difficilement?*

Il en est qui sont empêchées par le resserrement et l'étroitesse causée par la sécheresse et l'inflammation; d'autres qui souffrent d'un froid violent, de la dureté du corps du fœtus, du resserrement trop grand de l'utérus, comme cela arrive après un temps long, que ce soit causé par l'obésité, la crainte ou la colère.

AËTIUS.

Traitement des dystocies.

Le médecin dovra prendre au sujet de la parturiente tous les renseignements auprès de la sage-femme; ne pas procéder hâtivement à une opération manuelle et ne pas permettre à la sage-femme de tirailler longtemps la matrice.

Si la difficulté dépend de la courbure des lombes il fera mettre la parturiente sur les genoux fléchis pour que, la vulve étant située au sommet, les voies s'accommodent plus directement. On fera coucher de même les femmes grasses et fortes. Si l'orifice utérin reste fermé, on le relâchera moyennant des substances grasses et émollientes. Si c'est un calcul qui met obstacle, on le repoussera moyennant une sonde; si la vessie est pleine d'urine on l'évacuera avec le cathéter. Si le rectum est rempli de matières fécales, on le videra moyennant un lavement; si c'est une inflammation, un ulcère, une tumeur, une dureté, ou quelque chose de semblable qui mettent obstacle, comme cela arrive aux femmes non perforées (ayant l'hymen intact), l'obstacle quel qu'il soit sera enlevé. Si les membranes que le fœtus doit rompre sont trop résistantes, on les incisera. Si le liquide contenu dans les membranes s'est écoulé prématurément, de façon à ce que le passage soit devenu sec, on injectera du blanc d'œuf, un liquide fait avec une décoction de mauves, de fœnu grec filtré, ou une autre décoction mucila-

PAUL D'ÉGINE.

Traitement des dystocies.

Si un resserrement ou une obturation est cause de la difficulté d'accoucher, nous devrons relâcher les parties par des injections fréquentes d'huile tiède ou de décoctions de fœnu grec, de mauve, de graines de lin, ou d'œuf; on appliquera sur le pubis, sur le ventre et sur les lombes des cataplasmes faits avec de la semence de lin et de l'eau ou avec de l'eau et de l'huile mélangée, et autres remèdes semblables. On administrera des bains, des lavements, si la fièvre ou une autre cause n'y met obstacle. On portera la parturiente sur un lit dans un air tiède. Quelques-uns ont employé des succussions et des sternutatoires. Celles qui sont craintives seront encouragées. A celles qui n'ont pas encore d'expérience on apprendra à faire d'énergiques efforts. On fera des pressions sur les flancs; à celles qui ont des défaillances on fera respirer des odeurs non rebutantes, mais fortifiantes. On les reconfortera avec une nourriture légère; celles qui sont obèses se coucheront sur leur lit inclinées en avant, à genoux, de la sorte l'utérus prendra sa direction normale. On oindra avec les doigts l'orifice utérin et on l'élargira doucement; si dans les parties il y a quelque lésion, on y remédiera; le rectum sera vidé moyennant des lavements émollients; l'ouverture des membranes sera élargie avec le doigt ou avec l'instrument tranchant qui sera introduit caché par les doigts

tra en mouvement le lit de la femme, on le placera dans une (atmosphère) médiocrement chaude, la tête un peu élevée, car le mouvement excite à pousser. Quelques-uns (1) ont fait usage de succussions énergiques; d'autres, soulevant les pieds du lit du côté de la tête, la parturiente ayant été attachée par la poitrine au bas du lit, commandent aux femmes qui assistent de soulever le lit du côté des pieds et de le laisser retomber sur le sol; d'autres conseillent l'échelle; d'autres font monter un esca-
281 lier à la parturiente pour l'en faire descendre aussitôt; d'autres, appliquant à la parturiente les mains sur le dos et sous les aisselles, la soulèvent et la secouent fortement. Toutes ces secousses sont blâmables, car, quand l'utérus est blessé, il cause des lésions sympathiques dans les autres parties du corps.

Il faut donc faire usage des moyens qui ont été décrits plus haut, remonter le moral de la femme pour qu'elle ait bon courage et soit sans crainte. A celles qui accouchent pour la première fois il faut apprendre à retenir l'haleine, faire des pressions sur les hypochondres. Celles qui sont faibles seront réconfortées par des aliments doux, tels que du pain trempé dans du bouillon, des concombres mûres, des pommes (cuites) et autres aliments analogues. Celle qui aura été débilitée par de longues souffrances devra être réconfortée par une nourriture simple et peu abondante, car si on en donnait beaucoup on pourrait craindre que la digestion en fût troublée. Ces choses étant faites, si les parties sont relâchées par les émollients et les corps gras, il faut les ouvrir, redresser le col utérin s'il est oblique, éloigner les tumeurs qui sont un obstacle, après les avoir enduites de graisse. Si rien ne cède, il faut enlever avec l'instrument tranchant l'obstacle, que ce soit une verrue, un condylome, un diaphragme, une excroissance charnue ou toute autre. Si ce sont les matières fécales qui, par leur volume et consistance, causent un obstacle, il faut administrer un lavement avec un mélange d'huile et d'eau; si c'est l'urine retenue dans la vessie, on l'évacuera moyennant le cathéter;

(1) Allusion discrète à la succussion hippocratique.

MOSCHION.

AËTIUS.

gineuse tiède. Si c'est la petitesse de la vulve qui est la cause de l'obstacle, on oindra les parties avec un corps gras, on les chauffera, on dilatera l'orifice avec les doigts, et le fœtus sera extrait en employant la force. S'il ne cède pas, on le morcellera, on agira encore ainsi si le volume du fœtus est trop grand, ou s'il est mort. S'il a succombé, on le verra par sa température plus froide, l'absence de tout mouvement. Si deux ou trois enfants se présentent à l'orifice, on los repoussera vers le fond de l'utérus, et on saisira celui qui est le plus près de l'orifice pour l'extraire d'abord. Si l'obstacle vient du trop grand volume de la tête, de la poitrine ou du ventre, il est absolument nécessaire de morceler le fœtus.

PAUL D'ÉGINE.

de la main gauche; moyennant une seringue on injectera un corps gras dans la cavité de l'utérus (du vagin).

Si la présentation du fœtus est contre nature, on le mettra en présentation normale, soit en le repoussant, soit en le déviant, en le fléchissant ou en le dirigeant; et s'il y a procidence d'une main ou d'un pied, on ne l'extraira pas par ces parties, il s'enclaverait davantage, on pourrait arracher le membre ou rompre l'enfant. Après avoir fait une injection on repoussera le fœtus, avec les doigts appliqués à l'aisselle ou sur le siège, on remettra la partie prolabée à sa place naturelle. Si le fœtus tout entier obstrue les voies, il faut d'abord l'éloigner de l'orifice en le repoussant en haut, le saisir pour le ramener sur l'orifice. Si plusieurs enfants se présentent à la fois, ils seront repoussés et dirigés l'un après l'autre. Toutes ces opérations doivent se faire avec lenteur et douceur sans exercer de violences, en tenant les parties toujours huilées.

Il sera temps de mettre la parturiente sur le fauteuil quand l'ouverture de l'utérus aura été constatée par le toucher, et que la sortie de l'enfant est imminente. Si le fœtus est mort, ou s'il y a une autre cause d'empêchement, il faudra procéder à l'extraction do l'enfant.

si c'est un calcul vésical, on le repoussera du col dans le fond de la vessie moyennant la sonde. Si les membranes trop résistantes ne s'ouvrent pas, il faudra les inciser avec une lancette qu'on introduira, protégée par le doigt. Si le liquide amniotique s'est écoulé prématurément, on injectera dans les parties génitales un liquide gras moyennant la seringue (1). Au fœtus qui est dans une présentation contre nature, il faut rendre une présentation naturelle. S'il se présente par la tête avec déviation du corps, introduire la main gauche enduite d'un corps gras, les ongles étant rognés de peur de blesser en étendant les doigts, lesquels seront réunis aux extrémités, de manière à
282 présenter un cône tronqué, afin d'éviter toute écorchure ; on introduira la main au moment où l'orifice de l'utérus se dilate naturellement, car s'il se fermait en se contractant, l'introduction ne pourrait se faire qu'avec un violent effort; le fœtus étant saisi, on le ramène dans la direction de l'orifice utérin en favorisant ce déplacement par une position convenable donnée à la femme ; ainsi il faut la coucher dans une position inverse de celle du fœtus; sur le côté droit si celui-ci incline à gauche, sur le côté gauche, s'il incline à droite. Elle sera couchée sur le dos dans une position inclinée (vers la tête), si le fœtus est incliné en avant du côté de l'hypogastre ; elle sera couchée sur le ventre, les genoux fléchis, si le fœtus est incliné en arrière vers les lombes. Lorsque le fœtus se trouve engagé étant dans une position oblique, il faut tout d'abord le repousser, le soulever pour l'éloigner de l'orifice, pour lui rendre la direction normale. Si une main se présente, gardez-vous de la saisir et de l'attirer, car l'enclavement deviendrait plus fort (2), la tête se porterait en haut et de côté, il pourrait se produire
283 une luxation et l'arrachement de l'épaule. Du bout des doigts déployés repoussez le fœtus en haut vers le fond (3), et dirigez en-

(1) M. Guardia a bien voulu faire la traduction de cette partie importante du chapitre ; nous l'en remercions vivement.

(2) Μᾶλλον γὰρ ἐπισφηνοῦται.

(3) Paré recommande aussi de doulcement le repousser contre monts et

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

suite le bras en repliant le coude, puis étendez la main sur le côté (du corps) et sur la cuisse, et vous pratiquerez l'accouchement sans difficulté. Dans le cas où les deux mains se présentent, appliquez le bout des doigts étendus aux deux épaules du fœtus, ramenez-les en haut, repoussez les bras, fléchissez les coudes sur les côtés (du corps), appliquez les mains sur les cuisses, en prenant la tête, tirez doucement. Si le fœtus ayant la tête petite présente les deux mains, redressez cette petite tête et tirez en saisissant ensemble les deux mains, le peu de volume de la tête peut faire qu'il n'y ait pas d'enclavement. Si se présentant par les pieds, le fœtus est incliné d'un côté quelconque, il faut le ramener dans la bonne direction, à peu près comme quand la tête se présente. Quand c'est un seul pied qui se présente, il ne faut pas le saisir et l'attirer ; en effet, l'autre pied étant replié, le fœtus s'enclaverait davantage. Dans ce cas il
284 faut appliquer l'extrémité des doigts sur la région périnéale, repousser le fœtus vers le fond de la matrice, puis introduire la main, étendre la jambe fléchie parallèlement à l'autre. Si les deux pieds se présentent, l'une des mains étant repliée (en haut) ou même les deux, il faut encore de la même manière repousser le fœtus et arranger les bras (les mettre dans la position normale, c'est-à-dire les bras étendus le long des cuisses). Si les pieds sont écartés (l'un de l'autre) et appuient sur deux points éloignés de l'orifice de la matrice, il faut les joindre et les placer dans la direction de l'orifice de l'utérus. Si les genoux se présentent, il faut repousser en haut le fœtus, étendre les jambes et le retirer par les pieds. S'il se présente par les fesses, il faut repousser le fœtus, lui étendre les jambes, placer ses mains le long des cuisses et le retirer par les pieds. Si la présen-

---

chercher les pieds (II, 628, Ed. Malg.). Levret donne le même conseil (Art. des acc., § 756). Deutsch recommande d'imprimer au corps fœtal une rotation sur son axe longitudinal, ce qui rend le mouvement d'élévation plus facile et amène en arrière la partie à saisir (Dissert. Dorpat, 1826). Cette double manœuvre a été appelée par Kilian « Procédé Levret-Deutsch » (Op. Geb., 371, 373).

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

tation est transversale, le fœtus couché sur le ventre ou sur le dos, il faut avec les doigts le tourner doucement sur le flanc pour faire place à la main qui doit être introduite. Dans le cas où il se présente par le flanc, il faut introduire doucement la main et faire la version (le retourner sens dessus dessous). Si la présentation transversale n'est pas symétrique (c'est-à-dire si une extrémité fœtale est plus près de l'orifice que l'autre) il faut sai-
285 sir la partie repliée en haut de préférence aux pieds; l'accouchement par la tête est préférable, les parties les plus larges passant d'abord, si les bras ne sont pas pliés (en haut). Si le fœtus est plié en deux et si la courbure se trouve en haut, les extrémités (du corps fœtal) exactement à la même hauteur, l'ayant soulevé, nous le déployons par les jambes. Si la courbure est inégale, il faut d'abord tourner le fœtus en ramenant la courbure vers le fond de l'utérus, puis on développe le fœtus comme il a été dit. Si plus d'un fœtus se présente en même temps, il faut les repousser dans le fond de la matrice et les retirer un à uu. Toutes ces opérations devront être exécutées avec douceur, sans produire de contusion, en ayant soin de maintenir huilées les parties, afin que la parturiente soit préservée de toute blessure et que l'enfaut reste en vie. En procédant ainsi nous avons amené vivants un grand nombre d'enfants dont la naissance avait été entravée par ces difficultés. Si l'enfant ne cède pas aux tractions manuelles, soit parce qu'il est trop volumineux, soit parce qu'il est mort ou enclavé, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques : à l'extraction moyennant les crochets (embryulcie) ou à l'embryotomie.

286 Si l'enfant peut être sacrifié il est nécessaire que la mère soit sauvée. C'est pourquoi il faut qu'on soit prévenu du danger qui peut survenir, quand la fièvre est imminente, quand les sympathies nerveuses s'éveillent, quand l'inflammation devient plus violente ; il faut surtout montrer le peu d'espoir qu'on doit conserver quand la gangrène se déclare, quand la faiblesse est générale, la sueur profuse, le pouls éteint, la fièvre violente, quand il y a du délire et des convulsions. Malgré tout, il ne faut pas abandonner la parturiente.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.

LXV. — *De l'embryulcie et de l'embryotomie.*

Il faut commencer par donner à la femme deux ou trois morceaux de pain trempés dans du vin pour (éviter) une défaillance, et pendant qu'on agira, arroser le visage avec du vin. La parturiente sera couchée dans une position un peu déclive sur un
287 lit dur, pour que le bassin ne s'affaisse pas. Les cuisses étant écartées l'une de l'autre, les jambes attirées vers l'hypogastre, les pieds seront appuyés sur les traverses du lit et maintenus par des aides placés de chaque côté. Si on n'a pas l'aide de femmes robustes et exercées, on assujettira le thorax au lit moyennant des bandes, pour que les tractions exercées sur le corps de l'enfant n'entraînent pas celui de la parturiente. L'accoucheur se placera devant les parties génitales de la femme, sur un siège un peu plus bas, afin que ses mains soient à la hauteur des pieds de la parturiente. Les lèvres ayant été écartées l'une de l'autre par les assistantes, la main gauche qui est plus grêle que la droite, et qui agit plus facilement, sera introduite doucement, les doigts réunis en forme de cône et soigneusement enduits d'un corps gras, à travers l'orifice de la matrice; si l'orifice n'est pas ouvert, on n'y exercera de pressions qu'après avoir injecté de l'huile pour le relâcher. On essayera de diriger le crochet vers une partie inclinée, pour le fixer sur un point d'où il ne s'échappera pas facilement.

288 Les régions favorables (dans les présentations) de la tête sont : les yeux, l'occiput, la bouche, le palais, les clavicules et les régions costales; les aisselles conviennent moins, car pendant les tractions, les bras, en s'écartant, augmentent le volume de l'enfant et le font enclaver. Les ouvertures des oreilles étant courbes et étroites n'admettent pas facilement le crochet. Aux enfants se présentant par les pieds il faut implanter le crochet au-dessus du pubis, dans les espaces intercostaux et sur la clavicule à son articulation avec le sternum; si on ne trouve aucune de ces régions,

MOSCHION.

Le livre de Moschion ayant été écrit pour les sages-femmes l'embryulcie et l'embryotomie n'y sont pas décrites, parce qu'elles ne devaient être pratiquées que par des chirurgiens.

AËTIUS.

Liv. XVI, chap. 23, III, 127, Ed. Frob.

De l'extraction du fœtus et de l'embryotomie, d'après *Philumenos.*

Avant de procéder à ces opérations, le médecin devra s'assurer si la femme a de la fièvre ou non, si elle est en état de supporter cette opération, ou si elle est trop faible. Celles qui sont en danger de mort sont atteintes d'un sommeil léthargique, ont de la fièvre et sont presque sans parole. Appelées à haute voix, elles répondent à peine par un léger murmure et retombent dans leur sommeil. Quelques-unes ont des secousses convulsives, des tremblements ; leur pouls est très fréquent, très faible, à peine perceptible. Celles qui ont la chance de guérir, ne présentent rien de semblable.

La parturiente sera couchée étendue sur un lit, la tête basse, les cuisses relevées et écartées l'une de l'autre, les jambes fléchies seront maintenues des deux côtés par des femmes exercées et robustes. On donnera à la parturiente quelques tranches de pain trempées dans du vin pour la réconforter. On aspergera aussi le visage avec le même liquide. Avant d'agir, le chirurgien recherchera la cause de l'obstacle, en examinant la femme avec le dioptre (1). On s'assurera

(1) Dans le chapitre 119 de l'édition de Soranus de Dietz, qui correspond au ch. 57 de l'éd. d'Ermerins « περὶ οἰδήματος ὑστέρας », on lit « ὁδε χειρουργός δια

PAUL D'ÉGINE.

De l'extraction du fœtus et de l'embryotomie.

Liv. VI, ch. 74, (p. 238) (Trad. de R. Brian, p. 301).

Nous avons décrit dans le livre III les soins à donner aux femmes qui ont des couches difficiles. Mais si par ces moyens le travail de l'accouchement ne s'améliore pas, nous avons naturellement recours à la chirurgie. Avant d'en venir là, on doit considérer si la femme a des chances en sa faveur ou non ; et si elle peut être sauvée, alors nous employons la main, sinon nous nous abstenons d'opérer. Or, celles qui sont dans des conditions funestes tombent dans la léthargie, dans des défaillances, et sont difficiles à rappeler à elles-mêmes ; et lorsqu'elles sont ranimées par des cris, après avoir faiblement répondu, elles s'assoupissent de nouveau. Quelques-unes ont des convulsions, ou agitent leurs nerfs, ou tombent dans l'abattement ; on sent le pouls fortement gonflé, mais languissant et faible. Celles au contraire, qui peuvent être sauvées, n'éprouvent rien de semblable.

La femme étant donc couchée à la renverse sur un lit et pendante sur le bord, des femmes ou des servantes contiennent de chaque côté les jambes élevées ; et s'il ne s'en trouve pas présentes, on attache au lit par quelques liens le thorax de la malade, afin que le corps n'obéisse pas aux efforts de traction de manière à paralyser la force de cette traction. Ensuite on fait

on fait une incision moyennant un scalpel et on prépare sa prise; celui-ci après avoir été chauffé et huilé sera introduit doucement, protégé par la main gauche, dont les doigts sont fléchis, jusqu'à ce qu'il parvienne à un espace vide. On introduira un autre crochet du côté opposé au premier, pour que la traction devienne égale et ne soit pas déviée d'un côté, ce qui produirait l'enclavement de l'enfant. Les crochets seront confiés à un aide exercé auquel on recommandera de faire des tractions douces pour ne pas lacérer l'enfant ni lâcher prise.

289 Lorsque les tractions devront être interrompues, il faudra maintenir les crochets dans leur tension, non seulement dans la direction droite, mais inclinée transversalement, comme on procède dans l'avulsion des dents, de façon que par ce changement de direction, le fœtus dilate les parties et soit facilement extrait. Pour aider cette manœuvre, il faut introduire le doigt indicateur entre l'orifice et la partie saisie et le tourner tout autour d'elle comme si on enlevait la peau, le diriger vers la partie déviée en l'arrosant d'huile chaude ou autres préparations mucilagineuses, dont nous avons parlé. Si le fœtus ne cède pas à la traction des crochets et ne peut être extrait, on placera d'abord un des crochets plus haut, puis l'autre de même, jusqu'à ce que tout le corps fœtal ait passé. Si une main est prolabée et que le fœtus en avançant s'est enclavé, et qu'elle ne peut être
290 repoussée, et si déjà il a succombé, ce que l'on voit par l'absence de rougeur et de chaleur et de pulsations, la couleur livide et le froid, on l'entourera d'un linge pour qu'il ne s'échappe pas en glissant et on l'attirera un peu, en tenant solidement la partie sortie pour que celle au-dessus puisse être vue plus facilement; on fera l'amputation du bras dans l'articulation de l'épaule (1); le corps ayant été tourné avec les doigts sera extrait avec les crochets.

Si les deux mains sont sorties et ne peuvent être réduites, et

(1) Celse agissait plus judicieusement en faisant dans ces cas la décollation.

MOSCHION.	AËTIUS.	PAUL D'ÉGINE.
	s'il n'y a pas de tumeurs ou des excroissances calleuses, ou toute autre cause dont nous avons parlé plus haut. Quelle qu'elle soit, on l'éloignera avec la pince ou le scalpel polytome, comme il sera dit plus bas. Si une membrane obstrue l'orifice utérin (la vulve) on l'incisera, comme cela sera dit en parlant des femmes imperforées. Si le chorion à inciser oppose une forte résistance, on essayera de le tendre avec une pince, on l'incisera avec le bistouri en forme de lance qu'on appelle *scolpomachærium*, ou un autre instrument analogue; on dilatera ensuite avec le doigt et on préparera une ouverture suffisante pour le passage de l'enfant. Si la tête de l'enfant obstrue le passage, il faut le tourner sur les pieds et l'extraire ainsi (1); s'il résiste au point de ne pouvoir être repoussé vers la profondeur, on appliquera l'em-	écarter les grandes lèvres par un aide, et on dirige vers l'orifice de l'utérus la main gauche rétrécie par une réunion vigoureuse des doigts et enduite d'un corps gras. On dilate cette ouverture et on y répand de l'huile pour la relâcher, puis on cherche l'endroit où l'on devra fixer l'embryulque. Or, les endroits propres à cet objet, dans les cas où la tête se présente, sont les yeux, l'occiput, le palais de la bouche, le menton, les clavicules et les parties qui se trouvent sur les côtés et vers les hypochondres : dans les cas de présentation par les pieds, ce sont les os pubiens, les espaces intercostaux et encore les clavicules. Il faut ensuite saisir de la main droite l'embryulque en cachant sa courbure avec les doigts et l'insinuer doucement dans la main gauche, puis le ficher dans un des endroits désignés en poussant jusqu'à ce qu'il ne rencontre plus d'obstacle; un second embryulque sera placé à l'opposé de celui-ci, afin que la traction se fasse équilibre ou sans pencher plus d'un côté que de l'autre. Après cela on doit tirer d'une manière égale non pas seulement en droite ligne, mais d'un côté et de l'autre comme on fait pour l'extraction des dents; et il ne faut pas qu'il y ait de temps d'arrêt pendant la traction. On doit aussi introduire l'index, ou même plusieurs doigts enduits d'un corps gras, entre l'orifice de la matrice et le corps qui s'y trouve enserré, et le tourner tout autour comme pour opérer un décollement. Si

της διοπτρας προτερον κατανουησας οποιον εστὶ το δυστοκιας αιτιον, » etc., le chirurgien moyennant le dioptre, verra d'abord quelle est la cause de dystocie. Cette version n'a pas été conservée par Ermerins : il n'en dit pas les motifs, ni dans sa préface, ni dans la lettre critique; le dioptre existait déjà à cette époque sous deux formes trouvées à Pompei qu'on peut voir au musée de Naples et qui sont reproduites dans les planches qui accompagnent la traduction de Celse, par M. Védrènes, Pl. XIV, fig. 1, 2.

(1) Version podalique pour la première fois conseillée dans une présentation crânienne.

si le fœtus ne cède pas aux tractions, les deux bras seront désarticulés à l'épaule. Si la tête est trop volumineuse et ne cède pas, il faut l'ouvrir avec le scalpel dont nous nous servons pour l'embryotomie, ou avec le couteau avec lequel nous faisons l'excision des polypes, que l'on introduit en le protégeant avec l'index et l'auriculaire. Si l'enfant est hydrocéphale, il faut faire une incision pour qu'après l'évacuation du liquide, la tête se réduise de volume et s'affaisse. Si l'enfant a une tête proportionnellement trop grande, celle-ci se réduira facilement sous
291 la pression de la main quand les parties sont molles, sinon, on incisera le crâne au sommet ou à une autre place, car le cerveau étant évacué, la tête s'affaisse. Les lèvres de la plaie seront réclinées, les fragments d'os brisés enlevés avec la pince qui sert à l'extraction des dents, ou avec celle qui sert à extraire les fragments d'os. Si c'est le volume de tout le corps qui empêche qu'il ne cède aux tractions, les bras étant appuyés sur les côtés de la matrice, il faut appliquer le couteau au col, cherchant un espace vide entre la matrice et le fœtus, le sang ayant été évacué, le corps devient plus mince.

Il faut ensuite inciser toute la tête, ouvrir les espaces intercostaux et inciser le poumon; souvent le thorax est augmenté de volume par des humeurs qui le remplissent. Il faut avec les doigts, briser les articulations de la poitrine, le sternum et les clavicules, car la poitrine s'affaisse quand elle n'est plus soutenue par les clavicules.

292 Si le corps ne se réduit pas, l'abdomen devra être incisé aussi, il peut arriver que l'enfant soit atteint d'hydropisie, l'évacuation du liquide réduit son volume et l'amincit. Si quelque tumeur intérieure est la cause de l'augmentation de volume de l'abdomen, il faudra l'extraire avec les autres viscères et vider tout le corps. Il faut agir de même si l'enfant se présente par les pieds ; si les bras sont repliés en haut, il faut les couper et inciser la tête ; si elle est trop volumineuse, la briser, ce qui dans cette présentation est plus difficile, puisqu'elle est cachée plus haut. C'est avec la main droite qu'on doit saisir et extraire les pieds, il faut se servir de la main gauche pour diriger la

MOSCHION.

AËTIUS.

bryulque dans l'orbite, dans la bouche ou le menton et on l'extraira ainsi: le crochet tenu de la main droite, sera introduit protégé par les doigts de la main gauche jusque dans la cavité utérine et fixé dans les lieux dits plus haut; un autre crochet sera appliqué do la même manière au côté opposé, afin que la traction soit égale, non inclinée et plus sûre, car un des deux crochets peut glisser pendant les tractions et lâcher le fœtus. Les tractions seront faites également, non directement mais obliquement; le doigt enduit d'un corps gras sera introduit entre l'orifice utérin et le membre fœtal qui l'obstrue, et conduit tout autour. La moitié de l'enfant étant sortie, les crochets seront fixés alternativement sur des parties plus élevées. Si la tête est naturellement trop volumineuse, ou hydrocéphale, on l'incisera avec un instrument tranchant qu'on appelle polytome, ou avec un scalpel ordinaire; et quand elle se sera affaissée elle sera extraite. Si elle ne cède pas encore, tout le sinciput sera brisé et les os extraits avec les doigts. Si un os est saillant, il sera enlevé avec la pince à os ou à racines (de dents) et on appliquera au corps une pince à extraction et on le fera sortir. Lorsquo la tête se présentant, c'est le thorax qui est arrêté à l'orifice utérin, on introduira le couteau pointu ou le scalpel polytome protégé par deux doigts, on l'enfoncera dans un espace intercostal près de la claviculo jusquo dans la profondeur pour que la

PAUL D'ÉGINE.

l'instrument obéit comme de raison, il faudra le reporter sur des parties plus élevées et faire ainsi jusqu'à l'extraction complète de l'embryon,

Quand le bras se présente et que le resserrement empêche de le repousser, il faut l'envelopper de chiffons pour qu'il ne glisse pas et le tirer un peu, puis le détacher tout entier de l'épaule.

On doit faire de même si les deux bras se présentent. On doit de même aussi couper les jambes aux aines si elles se présentent et si le reste du corps ne les suit pas; puis on s'applique à extraire ensuite le reste du corps. Lorsque la tête se trouve trop grosse et qu'il en résulte un enclavement parce que l'embryon est hydrocéphale, il faut perforer le crâne avec une spathe à polype, ou avec un poinçon, ou avec un bistouri pointu caché entre les doigts, afin qu'étant vidée elle puisse sortir; si la tête est naturellement grosse, on ouvre de même le crâne et on le concasse avec les pinces avec lesquelles on extrait les dents ou les os; et si les os font saillie il faut aussi les enlever. Lorsque la tête est déjà sortie et que c'est le thorax qui se trouve enclavé, on doit ouvrir avec le même instrument les parties voisines des clavicules jusqu'à ce qu'on arrive dans la cavité, afin que l'humeur étant évacuée, le thorax puisse sortir; mais s'il ne sort pas encore, il faut rompre et enlever les clavicules elles-mêmes, et alors le thorax sortira. Lorsque le ventre est ballonné par suite de la mort du fœtus ou parce qu'il

tête du dedans, car si la tête est renversée, elle s'arrache souvent (1).

Il est difficile de comprendre pourquoi la main gauche se prête mieux aux extractions par la raison qu'avec elle on attire les serpents; les deux choses sont fausses. Est apte à cette opération celle qui est introduite comme nous l'avons montré.

293 Les enfants en présentation transversale et pliés en double dont la situation ne pourra être rectifiée devront être incisés dans la partie qui est à l'orifice, dans l'abdomen, aux aisselles, aux espaces intercostaux, à la région rénale, aux hypochondres. Si l'enfant est mort et trop volumineux, il est dangereux de le sectionner totalement dans (l'utérus);. il est avantageux de sectionner les parties à mesure qu'elles sortent dans les articulations, car les os sont lisses dans les jointures et faciles à détacher. Il faut rapporter ensemble les parties extraites et voir si on n'a rien laissé. Après une extractiou maladroite par les pieds la tête peut être arrachée; elle est saisie difficilement à cause de sa forme ronde et puisqu'elle remonte dans la cavité utérine. Dans un cas pareil, Sostrate, voulant agir comme pour (l'extraction) d'un calcul, introduisit l'index de la main gauche dans l'anus, la main droite sur l'abdomen, tenta de comprimer la tête pour la pousser dehors, ne voyant pas que le doigt introduit dans le rectum ne pouvait atteindre la tête, car la vessie n'étant plus sous la main, l'utérus se retire beaucoup, comme
294 nous l'avons montré plus haut. C'est pourquoi il faut introduire la main, saisir la tête, l'amener vers l'orifice de la matrice, y introduire un crochet et l'extraire. Après l'extraction du fœtus moyennant les crochets et son morcellement (dans la matrice), il faudra, moyennant des injections, relâcher et calmer les parties qui ont été irritées par les violences. S'il y a une hémorrhagie, ou s'il s'en produit une, on emploiera les remèdes convenables. Prescrire des remèdes propres à accélérer

(1) Voilà un texte bien ancien en faveur de l'utilité de fléchir la tête dans l'extraction par les pieds, si bien démontrée par M. Champtier de Ribes. (Thèse, concl., II.)

MOSCHION.

AËTIUS.

poitrine s'affaisse par l'évacuation des humeurs. Si après la sortie du thorax le ventre de l'enfant est gonflé, et présente la forme d'nn abdomen hydropique, on suivra les mêmes règles pour inciser le ventre et en extraire les intestins. Si une main est sortie des parties génitales, on en fera l'amputation dans l'articulation de l'épaule ; à cet effet, la main prolabée sera entourée d'un linge, attirée énergiquement pour que l'articulation soit amenée, les plis des lèvres seront écartés et l'articulation ouverte avec un scalpel et le membre enlevé, la tête dirigée (sur l'orifice) et le fœtus extrait. Si les deux mains sont procidentes, les deux bras seront amputés ; la tête sera écrasée et l'enfant extrait. Si c'est le ventre qui fait obstacle à la sortie (dans une présentation podalique), on enveloppera les jambes avec un linge et on les attirera énergiquement pour que le pubis paraisse à l'extérieur, afin que le ventre puisse être incisé. Si une des extrémités est relevée vers le fond de la matrice, on entourera l'autre avec un linge, on l'attirera avec énergie, on écartera les lèvres et on amputera le membre (relevé) dans la région inguinale. Si le fœtus se présente en double et ne peut être redressé, si c'est la tête qui est le plus près de l'orifice, on brisera les os sans enlever la peau, on fixera un crochet dans une partie de la tête pour en faire l'extraction, on dégagera les cuisses et on sortira ainsi l'enfant. Si les cuisses sont plus près de l'orifice, on les coupera

PAUL D'ÉGINE.

est hydropique, on le vide par la même méthode et en même temps les intestins eux-mêmes.

Ceux qui (se) présentent (par) les pieds sont facilement dirigés par leur inclinaison vers l'ouverture de l'utérus, et si le ventre ou le thorax s'enclavent, on les attire (après les avoir entourés) de chiffons et on évacue les matières qu'ils contiennent par le même mode d'incision. Mais si toutes les autres parties étant enlevées, la tête remonte et se trouve retenue, il faut introduire la main gauche et la porter jusqu'au fond de l'utérus si la dilatation du col le permet, puis, après avoir recherché la tête, la faire rouler avec les doigts vers l'orifice. Ensuite, ayant fixé un ou deux embryulques, on n'emploie pas la force, de peur d'enflammer le col de l'utérus ; mais on doit faire usage d'injections grasses abondantes, de bains de siège, de lotions et de cataplasmes, afin que le col se dilate et que la tête soit évacuée comme il a été dit. Quant aux fœtus qui présentent les flancs, s'ils peuvent être redressés, on se sert des méthodes décrites ; s'ils ne le peuvent pas, on coupe le fœtus lui-même en dedans tout entier, et on l'extrait par morceaux en faisant bien attention qu'il n'en reste pas à notre insu quelque portion à l'intérieur.

Or, après l'opération, il faut employer les moyens usités dans l'inflammation de l'utérus ; et s'il survient une hémorrhagie, vous connaissez aussi son traitement.

l'accouchement, comme d'autres et des disciples d'Hippocrate l'ont fait, est agir sans réflexion, car ni les feuilles de laurier desséchées infusées dans de l'eau bouillante, ni le dictame, ni les baies de cèdre avec de l'anis et du vin doux vieux, ni les concombres couverts de cire et attachés avec de la laine rouge aux lombes ne peuvent accélérer l'accouchement. Les moyens exposés ci-dessus enlevant l'obstacle (la maladie) accélèrent l'accouchement.

«... τὰ δὲ προειρημένα βοηθηματα λύοντα τὸ παθός και την ἐξ αυτοῦ δυσεργιαν λύει. »

MOSCHION. | AËTIUS. | PAUL D'ÉGINE (1).

dans l'articulation de la hanche, ou attirera ainsi le pubis pour que la tête qui reste soit facile à briser. Si l'obstruction produite par la duplicature du fœtus est plus tenace, les pieds plus procidents, la tête sera coupée dans les articulations vertébrales, on ouvrira le thorax et on attirera les pieds et si les membres ayant été coupés la tête est retenue (dans la matrice), la main gauche enduite d'huile sera introduite dans le fond de la matrice, la tête sera amenée peu à peu à l'orifice de la matrice où elle sera maintenue pendant qu'on y implantera un ou deux crochets. Les régions les plus favorables pour cela sont : à la tête, les yeux, les orifices auriculaires, la bouche, la mâchoire inférieure ; au thorax, les aisselles, les clavicules, les hypochondres, la cage thoracique, les articulations vértébrales, la gorge; à la région inférieure, le pubis, les parties génitales chez les filles. Si l'orifice de l'utérus est enflammé, il ne faut pas user de violence, mais faire d'abondantes injections de corps gras, d'infusions de même nature, faire usage de cataplasmes, et quand l'inflammation se sera apaisée, l'orifice de la vulve détendu, on extraira le fœtus comme nous l'avons dit. Quand le morcellement du fœtus aura été complet, il faudra rassembler ses membres afin de voir si aucun ne manque, si rien n'est resté oublié dans la matrice ; alors on s'empressera de faire la délivrance.

(1) Qui ne voit que Paul d'Égine donne dans ce chapitre les préceptes publiés par Soranus six siècles avant lui; mais quelle pâle copie d'un tableau de maître dont le nom n'est pas même indiqué par le copiste.

CONCLUSIONS.

Il résulte de cet exposé historique et de la confrontation des textes la démonstration :

Qu'au premier siècle, la gynécologie et l'obstétricie furent cultivées avec plus de soin qu'on ne l'avait pensé.

Qu'avant Soranus un grand nombre d'auteurs avaient publié des traités sur ces matières.

Que l'obstétricie, telle qu'elle est représentée dans les écrits de Soranus, avait atteint une grande perfection, qui se perdit bientôt et ne reparut qu'après une longue série de siècles.

Que les rapports entre les écrits de Soranus et ceux de Moschion sont intéressants au point de vue de l'histoire de l'art; que les deux traités ne sont pas un abrégé l'un de l'autre; que le premier, antérieur, a été fait pour les médecins, le second pour les sages-femmes.

Que la découverte du traité de Soranus et sa publication jettent sur le second plan, Moschion, qui, jusqu'à nos jours, a occupé le premier rang parmi les accoucheurs de l'antiquité. Qu'une grande clarté rayonne des écrits de Soranus sur le livre de Moschion, dont une partie était restée enveloppée d'obscurités.

Que Soranus doit être regardé comme le plus habile accoucheur de l'antiquité. Qu'Aëtius et Paul d'Egine n'ont été que des échos de plus en plus affaiblis de la voix de Soranus.

Quant à l'histoire de la *version podalique*, on peut dire :

Que Celse a recommandé la version sur les pieds de l'enfant mort, non puisque dans les présentations transversales un pied se trouve près de l'orifice et est facile à saisir, mais puisque l'extraction du fœtus par les pieds est facile.

Que Soranus est le premier qui ait recommandé de faire la version sur les pieds pour faire l'extraction de l'enfant vivant, puisque la présentation par les pieds est la moins vicieuse des présentations anormales, affirmant qu'en agissant ainsi il avait sauvé un grand nombre d'enfants.

Qu'il a spécifié mieux que ses devanciers les cas où la ver-

sion sur les pieds doit être faite, décrit la manière de pratiquer cette opération.

Que dans le fragment d'Aspasie conservé par Aëtius, on trouve pour la première fois le précepte de faire la version sur les pieds dans la présentation céphalique, quand la partie engagée ne peut avancer, pratique tenue en honneur pendant longtemps, et perfectionnée par l'école française des XVIIe et XVIIIe siècles, conservée jusqu'à l'invention du forceps, qui, rendant facile l'extraction du fœtus se présentant par la tête, a eu pour effet un retour vers la version céphalique.

Que les textes de Moschion, d'Aëtius et de Paul d'Egine ne permettent pas d'affirmer qu'ils aient conseillé de faire la version sur les pieds de l'enfant vivant, mais que le conseil si formel de Soranus, antérieur à leurs écrits, rend probable que le précepte donné par eux de faire la version sur les pieds dans les cas indiqués, ne s'applique pas exclusivement à l'enfant mort, mais aussi à l'enfant vivant, cette pratique reparaissant comme traditionnelle et non comme nouvelle au XVIe siècle dans le *Traité* d'Ambroise Paré.

Il est profondément regrettable qu'une œuvre aussi importante que celle de Soranus ait été pendant si longtemps ensevelie dans un profond oubli, *que des hommes, instruits de ces découvertes, ne les aient pas prises pour point de départ de recherches nouvelles* (1).

Si le vœu, exprimé par le père de la médecine dans un des écrits qui révèle le mieux la profondeur de sa pensée, avait été écouté par ses successeurs, cette partie de l'art ne serait pas restée pendant si longtemps dans une désolante infériorité et nous n'aurions pas assisté à sa rapide décadence entre les mains des médecins des premiers siècles.

(1) Hipp. De l'ancienne médecine, § 2. Ed. Littré, I, 573.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ^{r}, rue M^{r}-le-Prince, 31.